

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 90.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE DE LAUGIER

(Hernie à travers le ligament de Gimbernat)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Baptistin SERRUS

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Pierrefeu (Var), le 24 juin 1883



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
HERNIE DE LAUGIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 90.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE DE LAUGIER

(Hernie à travers le ligament de Gimbernat)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Baptistin SERRUS

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Pierrefeu (Var), le 24 juin 1883



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6.

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC.	MM. COMMANDEUR.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN, ch...
COURMONT (P.)	GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT, Ch.
CHATIN.	NEVES-LEMAIRE.	VORON.	
VILLARD.	PATEL.	NOGIER.	
TIXIER.	J. LEPINE.	LATARJET, ch.	
REGAUD.	LESIEUR.	BÉRIEL, ch...	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. TIXIER et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A mon Président de thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

*Qui nous a inspiré ce sujet de
thèse et nous a aidé de ses conseils
éclairés.*

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE GRENOBLE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Les hernies sont des affections abdominales, dont la connaissance remonte déjà à fort longtemps. Le premier traité date, en effet, de 1550. Puis, de nombreux chirurgiens font des apports incessants à la pathologie herniaire. On distingue et on classe les différentes variétés de hernies eu égard aux orifices par lesquels les viscères peuvent sortir de l'abdomen. Vers 1800, les hernies sont assez bien décrites dans de nombreux traités, et la hernie crurale, en particulier, est bien connue dans son ensemble.

Par rapport à la hernie crurale, qui nous intéresse plus particulièrement, on distingue plusieurs variétés, à la faveur des autopsies et aussi des opérations pratiquées plus souvent.

Les chirurgiens du dernier siècle ont minutieusement étudié toutes les variétés de hernies crurales qui peuvent se présenter et dont plusieurs sont fort rares, à tel point qu'elles n'ont été observées qu'une seule fois.

Quoi qu'il en soit, les auteurs actuels décrivent huit variétés de hernie crurale. Nous les passerons rapidement en revue pour les comparer, et nous arrêter ensuite à la hernie de Laugier, qui fait plus spécialement l'objet de ce travail.

Parmi les différentes variétés de hernie crurale, il faut signaler :

La hernie crurale externe. Cette hernie, contestée par Arnaud et Deméaux, au lieu de refouler le péritoine au-dessous et en dedans de l'artère épigastrique; se produit au niveau de la fossette inguinale externe, en dehors de ce vaisseau.

La hernie crurale interne. — Dans cette hernie, c'est au niveau de la fossette vésico-pubienne, au dedans de l'artère ombilicale, que la hernie refoule le péritoine.

La hernie à double sac. — On trouve dans cette hernie deux sacs complets, distincts l'un de l'autre, et sortant tous deux par des orifices différents du fascia cribiformis. Cloquet, Déméaux et Gosselin en ont rapporté des exemples.

Hernie de Hesselbach. Hernie d'Astley Cooper. — Il s'agit, dans ces cas de hernie à sacs multilobés, ayant leur collet en haut et en dedans au point où l'on trouve le collet de la hernie crurale et qui présentent deux ou plusieurs prolongements. Les prolongements diverticulaires seraient dus à l'inégale résistance soit du fascia cribiformis (hernie de Hesselbach), soit du fascia superficialis (hernie de Cooper).

Hernie pectinéale. — Décrite par Cloquet, la hernie, après avoir franchi l'anneau crural, au lieu de se diriger en avant et de franchir un des orifices du fascia cribiformis, s'engage entre le muscle pectiné et son aponévrose.

Hernie crurale en dehors des vaisseaux fémoraux. — Le sac herniaire se trouve en dehors de l'artère et de la

veine fémorale. Cette variété n'a été observée qu'une seule fois, par Partridge.

Hernie cruro-propéritonéale. — Un seul cas a été observé par Streunbel. La hernie crurale offrait un sac diverticulaire profond, situé entre la paroi pelvienne et le péritoine, communiquant avec celui-ci par un collet véritable, et avec le trajet d'une hernie crurale ordinaire.

Enfin, la *hernie de Laugier*, où la hernie traverse un orifice accidentel creusé dans l'épaisseur du ligament de Gubernat.

Après avoir ainsi signalé les différentes variétés de hernie crurale, nous allons plus spécialement nous occuper de la hernie de Laugier.

Quoique un peu en dehors de la question, nous avons tenu à signaler les différentes variétés rares de hernies crurales, afin de les comparer entre elles, et avec la hernie de Laugier.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

C'est en 1833 que le professeur Laugier, chirurgien des hôpitaux de Paris, fit connaître une nouvelle variété de hernie crurale, dans un article publié dans les *Archives générales de médecine*. Il y rapportait l'observation d'une femme atteinte de hernie étranglée qu'il opéra. La malade succomba et son autopsie fut faite. Nous rapportons plus loin cette observation, avec les réflexions de Landouzy sur ce cas de hernie.

En 1856, Legendre, dans une monographie qui est à consulter, rapporta dans les bulletins et mémoires de la Société de biologie, quatre cas nouveaux de hernie à travers le ligament de Gimbernath. Parmi ces cas, un lui était personnel, les trois autres avaient été observés par Demeaux, Cruveilhier et Bastien. Ces observations offrent peu d'intérêt clinique, car ils furent observés sur le cadavre; mais Legendre a décrit parfaitement, au point de vue anatomique, la hernie à travers le ligament de Gimbernath. On trouvera d'ailleurs, dans son article, des planches qui montrent fort bien le trajet et les rapports de cette hernie. Il donna à cette variété de hernie crurale le nom de hernie de Laugier, qui, depuis, a été adopté par tous les auteurs, et doit être conservé en souvenir de l'habile chirurgien qui l'a, le premier, bien décrite.

Plus tard, Tirman, interne du professeur Jarjavay, à propos d'une revue sur plusieurs cas de hernies étranglées, cite une observation de hernie de Laugier (*Gazette des hôpitaux* de 1860). Ce fait est d'autant plus intéressant, que le diagnostic avait été posé avant l'intervention du débridement.

Voilà tous les cas de hernie de Laugier que nous avons relevés dans la littérature médicale. Certes, la hernie de Laugier est une variété rare de hernie crurale; mais tous les cas n'ont pas dû être observés, ou tout au moins publiés (précisément parce que cette affection est rare et aussi difficile à diagnostiquer). D'ailleurs, le diagnostic semble peu importer au point de vue thérapeutique, car ainsi que le disent fort judicieusement Gosselin et Tillaux, le traitement ne diffère pas.

Néanmoins, il nous a paru intéressant de rechercher les différentes observations se rapportant à la hernie à travers le ligament de Gimbernat et d'en faire l'objet d'un travail.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, un nouveau cas de hernie de Laugier; nous en donnons plus loin le détail avec le protocole de l'intervention chirurgicale, faite par M. le professeur agrégé Patel.

Ce cas, réuni à ceux précédemment recueillis, nous allons tâcher de dégager la symptomatologie de la hernie de Laugier, et de discuter les faits.

Mais auparavant, il nous paraît utile de rappeler succinctement l'anatomie de la région dans laquelle se fait la hernie que nous étudions.

ANATOMIE DE LA RÉGION CRURALE

L'anneau crural fait communiquer l'abdomen et la partie supérieure de la cuisse. C'est par son intermédiaire que sortent de la cavité abdominale les vaisseaux fémoraux. Il est plus large chez la femme que chez l'homme, et ce fait nous explique pourquoi la hernie crurale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il présente à considérer trois bords et trois angles. Des bords, l'un est antérieur, formé par l'arcade crurale, l'autre postérieur et externe, formé par le muscle psoas-iliaque revêtu de son aponévrose, le troisième, postérieur et interne, formé par le pectiné et l'aponévrose pectinéale.

Des trois angles, l'un est externe, très aigu et rempli de tissu cellulaire et de graisse. L'autre, postérieur, répond à la surface pectinéale et est occupé par la veine fémorale; le troisième, qui est le plus important des trois, est comblé par un ligament qui rétrécit notablement l'anneau : le ligament de Gimbernat.

Le ligament de Gimbernat, très important à connaître, eu égard à la question qui nous occupe, est placé dans l'angle interne de l'anneau crural, c'est-à-dire dans l'angle formé par la réunion du pubis avec l'arcade crurale. Sa forme est triangulaire. Il présente, à considérer, deux

faces et trois bords. Ce ligament, presque horizontal, est légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière: d'où il suit que l'une de ses faces regarde en avant et en bas, et l'autre en arrière et en haut.

Des trois bords, l'un est antérieur et se continue avec l'arcade crurale, le postérieur se fixe à l'aponévrose du muscle pectiné, l'externe, le plus important, est libre, concave et tranchant: le bord externe du ligament de Gimbernat forme, en réalité, la limite interne de l'anneau crural.

Le ligament de Gimbernat présente un développement très variable, suivant les sujets, mais il est constant. Tantôt ferme et tranchant, il peut n'être formé que de quelques fibres, qui se laissent déprimer facilement avec le doigt. Scarpa ne le considérait quē comme du tissu cellulaire.

L'anneau crural livre passage à des organes importants, qui sont, en allant de dedans en dehors, des ganglions lymphatiques, la veine fémorale et l'artère fémorale. Dans les hernies crurales ordinaires, l'intestin sort entre la veine fémorale et le bord externe du ligament de Gimbernat par l'espace occupé par un ganglion lymphatique (loge lymphatique de Thompson).

L'anneau crural est fermé ou, si l'on veut, recouvert par plusieurs couches qui sont, d'arrière en avant, le péritoine, une couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale, une lamelle fibreuse provenant de la condensation de la partie la plus extérieure de ce tissu sous-péritonéal, le fascia propria d'A. Cooper, une seconde lamelle fibreuse tout à fait spéciale à la région : le septum crural découvert par Cloquet.

Il résulte de cette disposition, que lorsque l'intestin s'engage par l'anneau crural, il repousse devant lui les quatre couches indiquées. On doit donc, théoriquement, les rencontrer dans la kélotomie ou la cure radicale.

L'anneau crural est en rapport avec l'artère épigastrique. Située en dehors de l'anneau, elle en est généralement distante de 12 à 15 millimètres, en sorte qu'elle ne court pas risque d'être blessée. D'ailleurs, la présence de la veine fémorale empêche que l'on débride de ce côté-là.

L'artère obturatrice n'offre à l'état normal aucun rapport avec l'anneau crural, mais elle offre fréquemment des variétés d'anomalie qui modifient ses rapports.

Il est encore une formation importante à décrire, eu égard au rôle qu'elle joue dans la pathologie de la hernie crurale en général : c'est le fascia cribiformis.

Le fascia cribiformis est la partie antérieure du canal crural. En réalité, il n'est que l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse. Cette aponévrose est recouverte à ce niveau par les ganglions lymphatiques superficiels qu'elle sépare des ganglions profonds, situés dans l'anneau crural. Elle est donc traversée par un nombre variable de vaisseaux lymphatiques, qui réunissent ces ganglions les uns aux autres.

Le fascia cribiformis est ainsi appelé, parce qu'il est criblé de trous.

Les orifices du fascia cribiformis constituent souvent un second anneau, par lequel sortent les hernies crurales, à quelques variétés qu'elles appartiennent.

Ayant rappelé la disposition de la région crurale, nous allons relater les quelques observations de hernie de Laugier, que nous avons recueillies.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(LAUGIER ; in *Archives générales de médecine*, 1833. Tome II).

Une femme, âgée de 45 ans, lingère, entre le 31 mars 1833 à l'hôpital Necker, affectée de hernie étranglée à l'aîne droite. Elle est opérée quelques heures après son arrivée. Elle m'a offert l'exemple d'une espèce d'une hernie particulière, non observée jusqu'à ce jour, et qui, si je ne me trompe, doit exciter à un haut degré l'attention des anatomistes et des chirurgiens.

Cette hernie existait depuis longtemps. La malade n'avait aucun souvenir de son origine. Une disposition anatomique particulière prouvera peut-être qu'elle était congénitale. Elle était considérée comme une hernie inguinale et maintenue par un bandage.

Le 30 mars, la hernie s'étrangla; des efforts de taxis furent faits, et comme la hernie passait pour inguinale, ils durent être dirigés en haut et en dehors, ce qui contribua à diminuer les chances de réduction.

La tumeur était de la grosseur d'une noix marronnée et ne se dirigeait pas vers la grande lèvre correspondante, mais plutôt en avant et légèrement en haut. La partie supérieure de son contenu répondait au niveau du

tiers interne du ligament de Fallope; sa base semblait un peu au-dessous de ce cordon fibreux. Il me parut difficile d'admettre l'existence d'une hernie inguinale, puisque la tumeur sortait au-dessous du canal inguinal, et me paraissait en dehors et au-dessous de l'anneau. D'autre part, l'artère crurale faisait sentir des battements au côté externe de la base de la hernie, à la distance de plus d'un travers de doigt. La tumeur me semblait plus en dedans que la hernie crurale ordinaire. J'en fis la remarque.

Opération. — Incision de 2 pouces $1/2$ parallèlement au pli de la cuisse. J'arrivai sur le sac aminci, contenant peu de sérosité sanguinolente. Je crus avoir affaire à une crurale, et je cherchai le côté interne de l'anse intestinale pour débrider sur le ligament de Gunbernat. Ce débridement n'ayant pas suffi pour me permettre d'attirer un peu plus d'intestin au dehors, un deuxième débridement d'une ligne environ fut fait sur le même point, et je pus alors attirer quelques lignes de la portion de l'anse intestinale, qui était située sur le côté interne; mais je ne pus faire rentrer l'intestin, ce qui peut s'expliquer, puisque la portion nouvellement attirée avait évidemment plus de volume que le contour de l'intestin, qui supportait depuis vingt-quatre heures la constriction de la paroi herniée.

Je fus étonné qu'un débridement de 3 lignes ne fût pas suffisant. Je n'osai pas débrider plus, de peur de rencontrer l'anomalie de l'artère obturatrice. Je débridai alors parallèlement à la ligne blanche.

La tumeur était située au-dessous de la moitié interne du canal inguinal, au-dessous et un peu en dehors de l'anneau. Comme la hernie crurale, elle était légèrement

recourbée sur son col, et remontait un peu vers le ligament de Fallope. Une distance assez grande existait entre sa base et les vaisseaux cruraux. Elle paraissait donc plus interne que la hernie crurale et le canal du même nom. De plus, on n'obtient pas pendant l'opération, avec un débridement de 3 lignes fait sur la partie du ligament de Gimbernat, qui reste entre le col de la hernie et le pubis, un élargissement suffisant de l'ouverture herniaire pour la réduction, ce qui tient à l'étroitesse de cette partie du ligament, et à la persistance d'une bande aponevrotique qui bride le ligament de Fallope, entre l'anneau crural et le col de la hernie. La malade ainsi opérée mourut de péritonite.

Autopsie. — L'ouverture herniaire ne répondait pas à l'anneau crural, dont elle était séparée par une partie du ligament de Gimbernat et l'artère ombilicale. Elle traversait le ligament de Gimbernat de haut en bas. En dedans, elle présentait le sommet du ligament de Gimbernat incisé parallèlement au ligament de Fallope pour le débridement. Les rapports du col et du sac sont en avant, avec le ligament de Fallope, qui causait surtout l'étranglement et jouait pour cette hernie le rôle que le bord concave du ligament de Gimbernat joue pour la hernie crurale; en dedans et en bas, il repose sur le muscle pectiné, en dehors et en bas, sur la partie du ligament de Gimbernat qui le sépare de l'anneau crural.

Les rapports du col du sac avec les vaisseaux ne sont pas moins importants. Les artères obturatrices et épigastrique, nées d'un tronc commun à peu près au niveau de l'anneau crural, se séparent à la distance de 2 lignes et demie à 3 lignes du col du sac herniaire, de sorte

qu'un débridement de cette longueur fait en haut et en dehors, dans le cas de hernie crurale, aurait pu atteindre le confluent des deux artères. D'autre part, on aurait pu blesser dans ce sens le tronc des veines épigastrique et obturatrice.

Les enveloppes de cette hernie sont d'ailleurs la peau, le fascia superficialis, le fascia transversalis et le péritoine. J'omets ici les couches de tissu cellulaire qui unissent ces diverses membranes. Elle ne serait point revêtue, comme la hernie crurale, du septum crural, et ceci établit entre elles une légère différence.

OBSERVATION II

(TIRMAN, interne de Jarjavay, in *Gazette des Hôpitaux*, 1860.)

Hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat. Etranglement. Kélotomie. Péritonite suraiguë. Mort. Autopsie.

Une femme entre à l'hôpital Saint-Antoine. Cette malade nous apprend qu'il y a trois ans, pour la première fois, elle s'est aperçue qu'elle portait dans l'aine droite une petite grosseur qui disparaissait sous la pression des doigts et qui se reproduisait par l'effort de la toux.

Le mardi 21 février, à 6 heures du soir, elle fit un effort et la tumeur reparut, mais impossible de la faire rentrer. Le mercredi soir, vomissements liquides verdâtres. Elle entre à l'hôpital le 23. On constate une tumeur située partie sur les limites du pénil, partie sur l'extrémité interne de l'aine droite. Elle est diffuse, allongée dans la direction de l'aine. La peau est légèrement rouge et ne

glisse pas sur le tissu cellulaire sous-jacent, qui n'est pas engorgé; elle est douloureuse à la pression, mais seulement au voisinage de la tumeur. Les parties génitales externes et l'anus, explorées, ne présentent aucune lésion qui impliquent la présence d'une adénite.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. L'insensibilité de la région permettant une exploration plus facile, on constate que le ligament de Fallope peut être suivi avec le doigt de dehors en dedans, jusqu'au-dessus de la racine de la tumeur; que celle-ci n'est pas mobile et recouvre la partie interne du corps du pubis; qu'elle est arrondie et légèrement fluctuante.

M. Jarjavay, en considération des rapports du ligament de Fallope, reconnaît qu'il n'a pas affaire à une hernie inguinale, et comme, d'ailleurs, il constate que le siège des battements de l'artère fémorale est à 2 centimètres $1/2$ de la tumeur, il en conclut que la hernie qui se présente s'est faite à travers une éraillure du ligament de Gimbernat.

Incision courbe, à concavité supérieure, circonscrivant les deux tiers inférieurs de la tumeur. La peau est disséquée avec la couche de tissu cellulaire sous-cutanée, et renversée en haut. Une couche de tissu cellulo-fibreux est enlevée avec le bistouri, dont le plat est dirigé horizontalement. Aussitôt apparaît le sac herniaire avec une teinte bien foncée. Une ponction de ce sac donne issue à un liquide de même couleur. Le liquide écoulé, apparaît une anse intestinale, à la surface de laquelle est une mince couche pseudo-membraneuse aréolaire, et qui se laisse enlever avec le doigt.

L'anse est attirée au dehors, et l'indicateur, arrivé sur

la partie interne jusqu'au niveau du ligament de Gimbernat. Débridement sur ce ligament avec le bistouri de Pott. L'intestin hernié diminue de volume sous l'influence de la pression, entre les doigts; mais il ne rentre dans l'abdomen qu'avec difficulté; une fois rentré, le doigt indicateur est introduit dans l'anneau conducteur; on sent, en dedans, une résistance fibreuse, correspondant au ligament de Gimbernat. Le chirurgien presse ensuite en dehors, du côté de l'artère fémorale; il ne sent pas les battements, mais bien une corde fibreuse, dont nous avons nous-même, ainsi que les personnes présentes, constaté la présence.

Le lambeau, qui avait été maintenu en haut pendant l'opération, est ensuite rabattu sur la surface de la plaie, et l'on fait un pansement simple.

A 1 heure de l'après-midi, symptômes d'une péritonite suraiguë; mort à 3 heures; cinq heures après l'opération.

Autopsie. — Parois intestinales injectées dans toute l'étendue de l'intestin; la surface péritonéale présente, au voisinage de la région inguinale droite, des filaments de lymphé plastique. Dans les sinus qui limitent les anses, se trouve, dans la même région, et dans celle de l'hypogastre, un liquide jaunâtre bilieux. Le cæcum est à 10 centimètres de l'anse de l'intestin grêle, qui avait été hernié. L'étranglement est marqué par une dépression circulaire, qui présente dans un point un pertuis, qui admettrait à peine la tête d'une épingle ordinaire. Audessous de l'étranglement comme au-dessus, la consistance de l'intestin est normale. L'ensemble de l'anse herniée est réniforme. On mesure 4 centimètres $1/2$ en travers, 4 de haut en bas,

Le sac herniaire est à la partie interne. Le collet correspond, en dedans, au ligament de Gimbernat, en dehors, à une bride fibreuse, en haut, au ligament de Fallope. La bride fibreuse est large de 3 millimètres, courbe, à concavité supérieure et interne, formée par un faisceau de fibres comme tendineuses, résistantes, s'implantant en bas sur l'aponévrose pectinéale, là où cesse habituellement le ligament de Gimbernat, et en haut, sur le ligament de Fallope. Elle se termine en dehors par une toile fibreuse excessivement mince, qui se perd dans une masse de tissu adipeux. Cette masse de graisse, véritable hernie graisseuse, renferme un ganglion lymphatique et occupe l'anneau crural. En dehors de cette masse de graisse sort, de dedans en dehors, la veine, puis l'artère fémorale, qui est distante de 2 centimètres 1/2 du collet du sac.

Envisagé sur le côté de la face abdominale, la pièce présente la disposition suivante. De dehors en dedans, l'artère fémorale, la veine, la partie supérieure de la masse de graisse que nous avons vu remplir l'anneau crural, la bride fibreuse, dont l'insertion inférieure sur l'aponévrose du muscle pectiné, près de la crête pectinéale, est encore plus évident, le collet du sac, la partie la plus interne du ligament de Gimbernat, réduite à une dimension transversale de 12 millimètres. L'artère épigastrique est en dehors de la hernie graisseuse et à 25 millimètres du collet du sac herniaire. Le cordon fibreux, qui correspond à l'artère ombilicale, est dur, entouré d'un tissu cellulaire dense et est immédiatement en contact avec le collet du sac.

Nous avons, au sujet de cette observation, des remarques à faire,

La première, c'est que les symptômes de la hernie n'ont pas été tellement francs après l'entrée de la malade à l'hôpital, que M. Jarjavay a pu se demander s'il n'avait pas affaire à une adénite ou un kyste enflammé. La douleur ne permettant pas à ce chirurgien d'explorer facilement la tumeur par en haut; ce n'est qu'après le sommeil chloroformique qu'il a pu suivre le ligament de Fallope au-dessus de celle-ci, et déclarer que la hernie était crurale et non inguinale.

Cette partie du diagnostic posé, l'éloignement de l'artère fémorale en dehors lui a permis de conclure avec une justesse que les événements ont confirmée : hernie crurale à travers le ligament de Gimbernath.

La seconde observation, c'est que la constriction produite par le pourtour de l'érailllement du ligament de Gimbernath était si forte, qu'un pertuis de la paroi intestinale a été produit au fond de la rainure circulaire imprimée sur l'intestin.

La troisième, enfin, c'est que le diagnostic de la hernie crurale à travers le ligament de Gimbernath, dont M. le professeur Laugier a posé les bases, peut être fait du moment où une hernie se dirige sur le corps du pubis, qu'il est bien constaté qu'elle est au-dessous du ligament de Fallope, et que les battements de l'artère fémorale sont éloignés de la racine de la tumeur.

OBSERVATION III

(Prise dans le service de M. le Professeur PONCET.)

J. V..., 52 ans, receveur des contributions indirectes en retraite, entre dans le service de M. le professeur Poncet pour une tumeur développée dans l'aine droite.

N'a pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures; a fait son service militaire.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, le malade fait un effort : en marchant le long d'un trottoir, il glisse et fait effort en voulant se retenir. Immédiatement, il ressent une douleur au niveau de l'aine gauche, avec quelques irradiations abdominales. Au bout de deux ou trois jours, il voit à cet endroit se développer une petite tumeur, qui va en grossissant, jusqu'à atteindre le volume qu'elle a lorsque le malade entre à l'hôpital.

Depuis ce temps, le malade souffre de quelques coliques, mais il n'a jamais eu de violentes douleurs, pas de vomissements, pas de signes d'étranglement herniaire. Les selles sont normales.

A l'examen on constate, au niveau de l'aine, une petite tumeur qui atteint le volume d'une noix; celle-ci siège un peu en dedans, plus en dedans que la hernie crurale ordinaire. On fait le diagnostic de hernie crurale. Le malade se décide à subir l'opération.

Opération (M. Patel). — Incision ordinaire de la hernie crurale; le sac est découvert; après incision, on constate qu'il présente une frange épiploïque. En attirant le sac, on voit qu'il est séparé de l'anneau crural par une petite

bande fibreuse, qui est et ne peut être qu'une portion du ligament de Gimbernat. La distance des vaisseaux fémoraux à l'orifice herniaire ne fait qu'affermir cette idée. Dès lors, on pose le diagnostic de hernie à travers le ligament de Gimbernat.

Résection du sac et obturation de l'orifice herniaire par abaissement et suture du ligament de Fallope à la crête peclinéale.

Les suites opératoires sont bonnes. Le malade sort guéri quinze jours après.

DESCRIPTION DE LA HERNIE DE LAUGIER

I

On a pu voir, par ce qui précède, ce qu'était la hernie de Laugier; il nous reste à préciser ses rapports anatomiques et ses connexions avec les organes voisins.

Ordinairement, les viscères ont refoulé le péritoine en dedans de l'artère ombilicale, qui, à cette époque, n'est plus représentée que par un cordon fibreux. Plus rarement, ils ont pénétré en dehors. L'orifice herniaire se trouve également au-dessous, en dedans de l'anneau inguinal externe.

Avec les vaisseaux fémoraux, le sac herniaire présente des rapports beaucoup plus éloignés que la hernie crurale ordinaire. Il est, en effet, séparé d'eux par une bande fibreuse qui est une dépendance du ligament de Gimbernat.

Le collet du sac répond, en avant, au ligament de Fallope, en dedans et en bas, au muscle pectiné, en dehors, à la bande fibreuse gimbernatique plus haut signalée.

La direction générale de la hernie est en bas et en dedans, elle s'éloigne de plus en plus de la veine fémorale; elle est sur un plan très superficiel, à la partie la

plus élevée de la région crurale, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope.

Elle est ordinairement petite, à pédicule très étroit; elle rase le pubis très près de la grande lèvre ou du scrotum, et serait facile à confondre avec la hernie inguinale directe, n'était son rapport avec le bord inférieur de l'arcade crurale. L'artère fémorale est séparée du collet par une distance d'environ 2 centimètres à 2 centimètres 1/2.

Les enveloppes de la hernie de Laugier diffèrent en partie de celles de la hernie crurale ordinaire. En effet, dans cette dernière, les viscères franchissent l'anneau crural, refoulent le péritoine, puis le septum crural, ce qui n'a pas lieu dans la hernie à travers le ligament de Gimbernat, puisque celle-ci sort en dehors de l'anneau crural, et que le septum crural est exactement limité à l'anneau crural. Nous devons donc mentionner comme enveloppes de la hernie de Laugier, le péritoine, le fascia cribriformis, le fascia superficialis et la peau.

II

La hernie de Laugier donne lieu à quelques signes particuliers nécessaires à connaître si l'on veut en poser le diagnostic. Le plus souvent, lorsqu'on a affaire à une hernie, on se contente de faire le diagnostic de crurale ou d'inguinale, sans chercher la variété, surtout en cas de crurale.

D'après les observations précédentes et les données fournies soit par l'opération, soit par l'autopsie, les symptômes que l'on peut attribuer à la hernie de Laugier sont les suivants :

Tout d'abord, la hernie est petite. La grosseur dépasse rarement le volume d'une noix. A la percussion, on trouvera, soit de la matité, soit de la sonorité, selon que le sac contiendra de l'épiploon ou de l'intestin; il pourrait aussi contenir un autre viscère, comme une crurale ordinaire; aucun fait de ce genre n'a été signalé jusque-là.

En second lieu, on voudra bien remarquer que la tumeur est très interne, beaucoup plus que la hernie crurale ordinaire, et ce fait doit attirer l'attention du chirurgien. Toutes les observations de hernie de Laugier signalent le fait, et il est très important.

La tumeur rase le scrotum ou la grande lèvre.

La hernie se dirige en haut, mais c'est là ce qui se produit souvent dans les crurales ordinaires. Enfin, on constatera encore un signe de haute valeur : c'est la distance des battements de l'artère fémorale et de la tumeur.

Dans la hernie crurale commune, les pulsations de la fémorale sont contiguës au sac herniaire; ils n'en sont séparés que par la veine fémorale, car les viscères sortent entre celle-ci et le bord concave du ligament de Gimbernat. Dans la hernie de Laugier, le collet du sac est séparé de l'artère fémorale par une portion du ligament de Gimbernat et la veine; la distance est d'ordinaire de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2. Ce symptôme est très important, et considéré par Laugier comme pathognomonique; aussi, lorsque dans une crurale on le constatera, il faudra penser à la hernie de Laugier.

Le chirurgien, dont l'attention aura été attirée par ces particularités, verra son diagnostic se préciser et s'affirmer lorsque, pendant l'intervention, il constatera d'autres faits, qui ne laisseront plus de doute dans son es-

prit; nous voulons parler de la perception directe de l'orifice herniaire. Il pourra alors se convaincre que le sac est séparé des vaisseaux fémoraux par une bride fibreuse, qui est la partie externe du ligament de Gimbernat. Cette constatation est nette et très facile à faire, et tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'opérer des hernies à travers le ligament de Gimbernat ont pu s'en rendre compte.

Il est encore une particularité qu'il faut signaler : c'est que la hernie de Laugier peut être confondue avec une hernie inguinale directe. Le fait s'était produit pour la malade de Laugier, chez laquelle des manœuvres de taxis avaient été faites, comme s'il se fût agi d'une hernie inguinale. Avec un peu d'attention, l'erreur sera facile à éviter, surtout si l'on a soin d'examiner l'orifice inguinal, qu'on trouvera libre. En plus, on observera que la tumeur se trouve au-dessous de la corde tendineuse qui représente le ligament de Fallope.

Donc, pour nous résumer, la hernie de Laugier ou hernie à travers le ligament de Gimbernat se reconnaîtra aux signes suivants : hernie petite, à situation très interne, rasant la grande lèvre correspondante ou le scrotum, distante de l'artère fémorale, reconnaissable à ses battements, de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2. De plus, il faudra faire en sorte de ne pas la confondre avec une hernie inguinale directe.

III

Quant à la pathogénie de la hernie de Laugier, elle est toute différente de celle de la hernie crurale commune

ou de l'inguinale. Pour celles-ci, en effet, les viscères, sous l'influence de la pression abdominale, trouvent des anneaux ou des trajets fistuleux naturels, par lesquels certains organes sortent de l'abdomen pour se rendre à diverses parties du corps. Sous des influences pathologiques diverses, que nous n'avons pas à étudier ici, les viscères triomphent de la résistance et font alors hernie, soit par l'anneau crural, soit par le trajet inguinal.

Il n'en est pas de même pour la hernie de Laugier. Ici, les viscères ne trouvent pas d'orifice naturel, puisque le ligament de Gimbernat forme, à l'état normal, une espèce de membrane complètement fermée. Cependant, il faut considérer que le ligament de Gimbernat n'est qu'une dépendance de l'aponévrose du grand oblique, ou, pour mieux dire, une aponévrose véritable lui-même. Or, il n'est pas rare de constater des orifices accidentels dans les aponévroses. Ces trous aponévrotiques sont, ou naturels, ou proviennent d'éraillures que les viscères ont forcées et aggrandies. Le fait se constate sur beaucoup d'aponévroses, ainsi, les hernies de la ligne blanche se font à travers un orifice aponévrotique, de même, la hernie du triangle de Jean-Louis Petit.

On peut donc admettre que le ligament de Gimbernat peut présenter quelquefois des orifices ou des éraillures, par lesquels les viscères, sous l'effort de la pression abdominale, font hernie. Le fait est d'ailleurs signalé par quelques anatomistes, Tillaux entre autres.

Nous admettons donc que telle est la pathogénie de la hernie de Laugier.

IV

Il est maintenant une question que nous devons étudier, c'est celle de la réalité de la hernie de Laugier.

La hernie à travers le ligament de Gimbernat a été niée par quelques auteurs, Gosselin en particulier. Voici ce que dit d'elle le célèbre chirurgien, dans ses « leçons sur les hernies ». Après avoir cité les principaux cas de hernie de Laugier, rapportés dans la littérature médicale, Gosselin ajoute : « Je ne veux pas cacher que des doutes me sont venus à l'esprit sur la justesse de l'interprétation dans tous ces cas. Qu'on veuille bien remarquer deux choses : l'étendue du ligament de Gimbernat est variable suivant les sujets; son bord interne s'arrête tantôt à 2 ou 3 millimètres plus près, tantôt à 2 ou 3 millimètres plus loin de la veine fémorale. En second lieu, ce bord reçoit l'insertion de la partie la plus élevée et la plus interne du fascia cribriformis, là où sont les ouvertures lymphatiques que s'approprie la hernie crurale, et enfin quand ces trous ont pris la structure fibreuse, la partie interne et leur contour est comme fondue avec celui du ligament de Gimbernat. Je ne vois donc pas comment on peut s'y prendre pour savoir si un orifice herniaire, placé un peu plus en dedans que d'habitude appartient plutôt au ligament de Gimbernat, perforé anormalement, qu'au fascia cribriformis prolongé un peu plus en dedans qu'à l'ordinaire. Je développerais peut-être longuement ma pensée à cet égard, si je voyais une utilité pratique à supprimer la hernie à travers le ligament de Gimbernat. Mais, en définitive, cette variété se reconnaît rarement

pendant la vie, et si on la connaît, on ne recommande rien de particulier pour son traitement, même en cas d'étranglement. Dans ces conditions, je n'ai pas besoin de la critiquer. Elle est née à une époque où les connaissances générales sur les modes de formation de la hernie crurale étaient insuffisants, et où l'on ne connaissait pas les transformations fibreuses du fascia cribriformis. Ces notions, une fois répandues, elle sera plus difficilement admise. »

Ainsi s'exprime Gosselin. Tel n'est pas cependant l'avis des auteurs de nos jours. La hernie de Laugier est à peu près admise par tous aujourd'hui et on la trouvera citée dans tous les traités de chirurgie.

Pour réfuter l'opinion de Gosselin, nous dirons que la hernie de Laugier a une symptomatologie assez nette et bien différente de la hernie crurale ordinaire. Si les observations ne sont pas plus nombreuses, c'est que, sans doute, tous les faits n'ont pas été publiés, ou bien on n'a pas cherché systématiquement à la reconnaître toutes les fois que l'on s'est trouvé en présence d'une hernie crurale.

Au point de vue anatomique, la hernie à travers le ligament de Gimbernat semble bien exister réellement. Nous n'en voulons pour preuve que les cas si bien étudiés par Laugier et Tirman, sans compter ceux que cite Legendre. Dans tous ces faits, l'autopsie a été faite, et la dissection minutieusement pratiquée. On a pu voir exactement que le collet du sac était séparé de la veine fémorale par une bande fibreuse qui était manifestement une dépendance du ligament de Gimbernat. Dans l'observation que nous relatons et que nous avons prise dans le ser-

vice de M. le professeur Poncet, on a également très nettement constaté l'existence de cette même bande fibreuse pendant l'intervention chirurgicale.

Gosselin dit que ce n'est pas 2 ou 3 millimètres en plus ou en moins du ligament de Gimbernat qui fait la hernie plus ou moins interne; mais précisément, dans la hernie de Laugier, la tumeur est très interne et est séparée de l'artère fémorale par une distance de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2. C'est là un fait très important et dont Gosselin semble avoir fait peu de cas.

Quant à ne pas distinguer si l'orifice herniaire dépend du ligament de Gimbernat ou du fascia cribriformis, l'analyse des faits démontre surabondamment le contraire. Que les viscères, après avoir franchi le ligament de Gimbernat, franchissent aussi un orifice du fascia cribriformis, c'est là un fait possible et qui, d'ailleurs, a lieu également dans la hernie crurale. On sait, en effet, que dans celles-ci, les viscères, après avoir refoulé le péritoine et le septum crural, franchissent un orifice du fascia cribriformis. De même dans la hernie de Laugier, les viscères, après avoir franchi le ligament de Gimbernat, sortent par le fascia cribriformis; il y a donc pour ainsi dire deux orifices herniaires; mais dans tous les cas, il est facile de distinguer d'abord l'orifice du fascia cribriformis, en second lieu, l'orifice du ligament de Gimbernat.

V

Quant au traitement de la hernie de Laugier, nous n'y insisterons pas outre mesure; car, comme le dit avec juste

raison Gosselin, la hernie à travers le ligament de Gimbernat n'exige pas un traitement spécial.

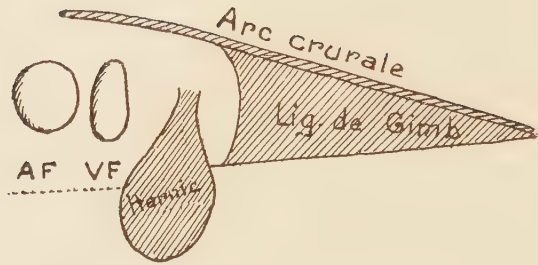
Pour la cure radicale, on fera l'incision ordinaire de la hernie crurale, puis après résection du sac, on obturera l'orifice par un des procédés en usage. On pourra faire en particulier l'abaissement de l'arcade crurale.

En cas d'étranglement herniaire, rien non plus de particulier n'est à signaler.

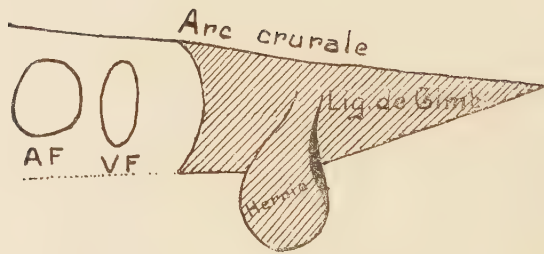
On se gardera bien, comme toujours, de débrider en dehors pour éviter la blessure de la veine fémorale. Le débridement se fera en dedans. Il faudra ne pas aller trop loin, de peur de rencontrer l'anomalie de l'artère obturatrice; on pourra suivre la conduite de Laugier, qui, dans ce cas, débrida le ligament de Fallope parallèlement à la ligne blanche, le débridement en dedans n'ayant pas suffi pour réduire l'anse herniée.

Une autre précaution, qu'il sera utile de prendre, c'est de détruire la bride fibreuse externe, qui constitue le bord falciformes du ligament de Gimbernat. La laisser serait constituer une menace pour un étranglement ultérieur.

Pour détruire cette bande, on se servira du doigt en évitant tout instrument, précisément pour éviter la blessure de la veine fémorale.



Hernie crurale ordinaire



Hernie de Laugier

CONCLUSIONS

I. — La hernie de Laugier est une variété de hernie crurale se faisant à travers le ligament de Gimbernat.

II. — C'est une variété rare, il est vrai; mais si on la recherchait systématiquement dans tous les cas de hernie crurale, peut-être les observations se multiplieraient-elles.

III. — Elle a des caractères anatomiques particuliers qui ont été nettement constatés dans l'autopsie et dans les opérations qui ont été pratiquées.

IV. — Au point de vue clinique, elle présente des symptômes qui lui sont propres, ce sont : sa position très interne (la tumeur étant contiguë au scrotum ou à la grande lèvre) et surtout la distance qui sépare le collet du sac de l'artère fémorale, distance qui est d'environ 2 centimètres $1/2$. Enfin, cette hernie est d'ordinaire plus petite que les crurales communes.

V. — Contrairement à ce qu'a avancé Gosselin, la hernie de Laugier a une existence réelle, et n'est pas une

vue de l'esprit. Les dissections minutieuses des cas de Laugier, Tirman et Legendre le démontrent.

VI. — La hernie de Laugier n'exige pas un traitement spécial, dans la cure radicale. En cas d'étranglement, il faudra détruire la bande fibreuse qui représente la partie externe du ligament de Gimbernat.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

Le Président de la Thèse.

A. PONCET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 juin 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAX. — De l'étranglement des hernies crurales par l'anneau crural.
- DEMEAUX. — Sur les hernies crurales. Thèse de Paris, 1843.
- DESPRÈS. — De la hernie crurale. Thèse de Concours, Paris, 1863.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, tome VI.
- FOLLIN et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, tome VI, page 191.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies abdominales, recueillies, rédigées et publiées par Léon Labbé.
- JABOULAY et PATEL. — In *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, fascicule « Hernies ».
- LAUGIER. — *Archives générales de médecine*, 1833, 2^e série, tome II, page 27.
- LAWRENCE. — *Traité des Hernies*.
- LEGUEV. — *Clinique chirurgicale*, 1902.
- LEGENDRE. — Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie, 1856, pp. 86 et suivantes (Sur quelques variétés rares de hernie crurale).
- MANCE. — Sur la hernie crurale. Paris, 1826.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
- TIRMAN. — Quelques variétés rares de hernies crurales (*Gazette des hôpitaux*, 1860).

8990 — Imprimeries Réunies, 8, rue Rachais, Lyon.
